

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE POSGRADO**



**“HALLAZGOS DE ABUSO INFANTIL ENCONTRADOS EN AUTOPSIAS DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0-5 AÑOS DE EDAD, REALIZADAS EN EL PERIODO DE JUNIO DE 2017 HASTA JUNIO DE 2018, EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL “DR. ROBERTO MASFERRER” REGIÓN METROPOLITANA.”**

Presentado por:  
Dr. Juan Ricardo Chilín Torres  
Dra. Alicia Alfonsina Choto Erazo

Para Optar al Título de  
ESPECIALISTA EN MEDICINA LEGAL

Asesor de tesis:  
Dra. Carolina Eugenia Paz Barahona.

SAN SALVADOR, DICIEMBRE DE DOS MIL DIECINUEVE.

## INDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCION	5
MATERIALES Y METODOS	19
RESULTADOS	25
CONCLUSIONES	31
BIBLIOGRAFIA	33

## RESUMEN

El maltrato infantil es un fenómeno socio-cultural que produce daño emocional, psicológico, social y físico irreversible en la población afectada. Esta situación obliga a los profesionales forenses a conocer las diversas manifestaciones físicas que orienten sobre su existencia, ya que sus pericias serán un elemento clave para demostrar la existencia del fenómeno, su alcance y posibles consecuencias. El presente estudio tiene como objetivo determinar los hallazgos anatomopatológicos de abuso infantil encontrados en autopsias de niñas y niños de 0-5 años de edad, realizados en el periodo de junio 2017 a junio 2018, en el Instituto de Medicina Legal “Dr. Roberto Masferrer”, región metropolitana. Dicho estudio es descriptivo, transversal y retrospectivo, los datos se obtuvieron a partir de fuentes documentales institucionales: protocolos de levantamiento de cadáver, informes finales de autopsia y archivos fotográficos realizados en el periodo comprendido del 1 de junio de 2017 hasta el 30 de junio de 2018, en un total de 13 meses. Los hallazgos físicos se centraron en dos grandes áreas: externos e internos, y como un apartado especial la región genital; tal cual lo indican los protocolos de las autopsias médico-legales. Se estudió un total de 55 autopsias realizadas en niñas/os de 0 a 5 años de edad y se obtuvo que 32 pertenecían al sexo hombre, 22 al sexo mujer y 1 indeterminado por inmadurez fetal; el grupo poblacional más frecuente fue el de 0 a 5 años de edad con un 61.81%, seguido en frecuencia del grupo de mayores de 2.5 a 5 años de edad con un 19.8% y finalmente el grupo de mayor de 1 a 2.5 años con un 18%; del total de autopsias un caso perteneciente al sexo mujer presentaba lesiones a nivel genital, consistentes en desgarros y laceraciones; del universo estudiado 17 autopsias fueron negativas a lesiones físicas de trauma, siendo la causa de muerte estas diversas enfermedades, de los 38 casos restantes que presentaban evidencia de trauma, el grupo etario más afectado fue el de 0 a 1 año de edad y la distribución corporal más frecuente de las lesiones fue tanto externa como

interna en 31 de esos casos, los tipos de lesiones externas e internas más frecuentes fueron las equimosis (69%) y las colecciones (67.9) respectivamente. De las autopsias realizadas 6 presentaban malformaciones congénitas, pero solo 3 de ellos tenían evidencia de trauma. Sigue siendo indispensable realizar una valoración integral de estos resultados, pues el maltrato infantil puede observarse en diversas modalidades, no se expresa únicamente a nivel físico y la ausencia física de este, no lo excluye; consideraciones vitales, que permitirán al médico forense brindar a través de sus dictámenes herramientas objetivas al Sistema de justicia.

## INTRODUCCIÓN.

El maltrato infantil es un fenómeno tan antiguo como la humanidad y ha estado presente en diversas culturas. <sup>(1)</sup>

Es un problema universal; sin embargo, no fue sino a partir de 1960 que se llevó a la atención pública el maltrato hacia los niños, fundamentados en los hallazgos de John Caffey <sup>(2)</sup>, en Estados Unidos, quien en 1946 describiera la presencia de hematomas subdurales en niños sometidos crónicamente a maltratos. <sup>(3)(4)(6)(7)(8)(9)</sup>

En 1962, Henry Kempe, integra los conocimientos como “Síndrome del niño maltratado” <sup>(6)(7)(11)</sup> y lo describe como cualquier lesión en el niño, ósea o cutánea: equimosis, magulladura, quemadura, sin causa específica. <sup>(5)</sup>

Posteriormente se incluyen la negligencia y los aspectos psicológicos como parte del maltrato infantil; <sup>(4)(8)</sup> otros como Wolfe le definen como “la presencia de una lesión no accidental, resultado de actos de perpetración (agresión física) o de omisión (falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño y que requiere de atención médica o intervención legal)”. <sup>(12)</sup>

Debe además mencionarse que las investigaciones sobre el maltrato infantil, abren nuevas líneas en aspectos considerados hoy poco comunes o poco analizados como son: los niños de la frontera y de la guerra, el maltrato étnico, así como el denominado ritualismo satánico, entre otros, donde además de los problemas socioeconómicos subyace un fenómeno transcultural. <sup>(2)(14)</sup>

## MALTRATO INFANTIL.

### DEFINICION

“Es la serie de abusos y desatenciones de las que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico, psicológico, abuso sexual,

desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o que pongan en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.”<sup>(13)</sup>

La Organización Mundial de la Salud considera el maltrato infantil como un problema de salud pública mundial con graves consecuencias socio-económicas. Estudios realizados en varios países, señalan que el maltrato infantil es un problema multicausal, en el que intervienen las características del agresor, del agredido, del medio ambiente que les rodea y de un estímulo disparador de la agresión.<sup>(2) (4) (12) (15)</sup>

## EPIDEMIOLOGIA

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a nivel mundial, de enero a diciembre del año 2012, el número de niños y adolescentes menores de 20 años que fueron víctimas de homicidio llegó a 95.000 casos en total. En su inmensa mayoría, esas víctimas (85.000) vivían en países de ingresos bajos y medios.<sup>(17)</sup>

Sin embargo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF por sus siglas en inglés, las cifras mundiales en materia de maltrato infantil subestima la verdadera magnitud del problema, dado que una importante proporción de las muertes producto de este fenómeno, se atribuyen erróneamente a caídas, quemaduras, ahogamientos y otras causas; sin olvidar la existencia de situaciones especiales en los países en donde existe conflicto armado y desplazamientos forzados, donde las niñas son especialmente vulnerables a la violencia, explotación y abusos sexuales por parte de los combatientes, fuerzas de seguridad, miembros de su comunidad, trabajadores de la asistencia humanitaria y otros.<sup>(17)</sup>

Las estimaciones actuales son muy variables, en función del país y del método de investigación que se emplee y dependen de factores como: las definiciones utilizadas, el tipo de maltrato estudiado, la cobertura y la calidad de las estadísticas de cada país, etc.

El Salvador, es el país con la tasa de homicidios en menores de 19 años, más alta del mundo, (27 por cada 100,000 habitantes, tomando como referencia el año 2012). En los años comprendidos entre 2005 y 2013, de acuerdo a las cifras estadísticas del Instituto de Medicina Legal (IML) se registraron cerca de 6,300 homicidios de menores de edad de los cuales el 89% se concentró en las edades de 15 a 19 años y el 87% en varones.

## CLASIFICACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

Hay dos formas fundamentales de agresión al niño: forma activa y forma pasiva. El abuso sexual por configurar el delito de violación en la mayoría de las legislaciones, no se considera dentro de este síndrome. <sup>(1)</sup>

En la forma activa o de castigo físico se observan contusiones de diferente cronología que pueden ser causadas por un solo golpe o por golpes diferentes.

<sup>(1)</sup> Esta forma puede subdividirse en aguda y crónica.

Es aguda cuando las lesiones se causan en un solo castigo, pero exagerado; y es de forma crónica cuando las lesiones se deben al castigo reiterado y frecuente a lo largo de varios días. Por lo común se trata de lesiones producidas por la mano del agresor, dichas lesiones suelen ser variadas y afectan a varios sistemas y la identificación de estas es sugerente de maltrato infantil. <sup>(22)</sup>

En general, las formas activas de maltrato deben sospecharse en caso de niños con traumatismos que por su número o por su gravedad, no guardan relación con la historia suministrada por los adultos que lo acompañan al hospital. <sup>(1)</sup>

En la forma pasiva o por omisión de cuidados, lo más común es que presenten estados severos de desnutrición, con peso y estatura muy inferiores a los que corresponden a la edad. Las complicaciones terminales que explican la muerte incluyen bronconeumonía, septicemia asociada con celulitis e infecciones secundarias en oídos, laringe y vejiga. En algunos de estos niños el uso prolongado de tranquilizantes o barbitúricos para mantenerlos en estado de coma, da por resultado convulsiones con daño cerebral. <sup>(1)</sup>

#### ABUSO PSICOLOGICO Y EMOCIONAL

Este tipo de maltrato infantil se caracteriza por conductas de abandono, no mostrar afecto ni reconocimiento a los logros del niño, crítica y constante burla de sus aptitudes o errores y ridiculización de sus acciones. <sup>(22)</sup>

Esta forma es abierta, de difícil detección y casi siempre se acompaña de otras formas de negligencia y abuso. <sup>(6)</sup>

#### ABUSO SEXUAL INFANTIL

“Es la utilización, persuasión, inducción, seducción o la coerción de un niño o niña para realizar o participar de cualquier tipo de conducta sexual explícita, o la simulación de dicha conducta con el fin de producir una representación visual de esta; la violación, el tocamiento, la prostitución o cualquier otra forma de explotación sexual de un niño o niña o el incesto”.

#### AUTORES DE MALTRATO INFANTIL

Se mencionan como agresores de niños al padrastro, madre, hermanos o a quienes se encargan de su cuidado. En general, el progenitor que es agresor tuvo una relación afectiva de muy mala calidad durante los primeros años de vida. En sus antecedentes estos agresores muestran frustración, estrés y maltrato durante su infancia, problemas hogareños o de finanzas, ausencia de figura paterna en la familia, relaciones sexuales ilícitas, son padres demasiado jóvenes



o hijos no deseados. <sup>(1)</sup> Así como antecedentes de drogadicción, alcoholismo, conductas sociopáticas o psicopatías.

Cuando estos agresores son llevados ante un tribunal, tratan de explicar las lesiones de sus víctimas de las formas más variadas, como precipitación desde la cama o escaleras, golpes durante juegos de niños, golpes propinados por el mismo menor, llave de agua caliente abierta por el mismo niño, etc. <sup>(1)</sup> Respecto a la forma pasiva los argumentos abarcan desde la pobreza de los padres hasta la inapetencia del menor.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Se debe elaborar una cuidadosa historia clínica y realizar un examen físico minucioso. <sup>(1)</sup> Deben considerarse petequias y púrpuras de la piel, como trombocitopenia; llanto, tos o vomito vigoroso; parotiditis atípica, etc. Asimismo, deben tenerse en cuenta enfermedades de los huesos como escorbuto, raquitismo, osteogénesis imperfecta, sífilis, leucemias y osteoporosis, entre otras.

<sup>(1)</sup>

#### MECANISMOS DE MUERTE VIOLENTA INFANTIL

##### INTOXICACIONES

Según Fournier, en Estados Unidos se producen 2 millones de intoxicaciones al año, datos más exactos los aportan los centros antitóxicos a los que recurren tanto los médicos como las familias; correspondiendo casi la mitad a niños. <sup>(1)</sup>

Para la Organización Mundial de la Salud, en Francia, las intoxicaciones son causa de fallecimiento en el 10% de los niños niñas y niños de 14 años. En cuanto a los productos responsables de las intoxicaciones en el centro de Paris, el 52% son medicamentos, el 28% productos de limpieza, el 11% monóxido de carbono.

<sup>(1)</sup>

## QUEMADURAS

Líquidos calientes o corrosivos y cáusticos, son las causas principales, aunque las consecuencias fatales son propias en incendios domésticos que se inician en estufas de butano o mesas de camillas propias de ambientes más modestos. <sup>(3)</sup>  
<sup>(6)</sup>

## ASFIXIAS MECÁNICAS

1- Sumersión o ahogamiento. Son niños que ya caminan entre 1 y 4 años que se ahogan en lugares que parecen inofensivos, recipientes de poca profundidad o la bañera. El niño de más edad se ahoga en piscinas o ríos y a veces por mecanismos de inhibición.

2- Estrangulación. Feldman y Simms <sup>(10)</sup> hicieron revisiones de casos de estrangulación accidental encontrando que la cuna, los vestidos y los adornos alrededor del cuello eran los factores de riesgo más importantes. Proponen que el médico que interviene transmita la información obtenida en cada caso para que sea útil en la prevención. Esta información debe recopilarse exhaustivamente en el levantamiento del cadáver.

3- Síndrome del niño sacudido

Los padres o cuidadores pueden comprimir la arteria carótida primitiva, entre el músculo esternocleidomastoideo superficialmente y las apófisis transversas de C4 C5 y C6 posteriormente, junto a movimientos violentos de aceleración-desaceleración de la cabeza, provocando lesiones de las venas emisarias cerebrales. <sup>(10)</sup>

Es altamente sospechosa la presencia de hemorragias retinianas bilaterales en el fondo de ojo, siempre que no haya existido maniobra de reanimación cardio-pulmonar, en cuyo caso, por aumento de la presión intratorácica, puede existir una hipertensión venosa retiniana que explique las hemorragias. <sup>(10)</sup>

- 4- Ahorcadura. Generalmente los juegos de imitación de escenas vistas en el cine o la televisión son la causa de estos accidentes. En algún caso el niño de cierta edad (12-16 años) la utiliza con fines suicidas.
- 5- Confinamiento. Sucede por encierro en lugares pequeños (baúles o armarios) o, por la introducción de la cabeza en bolsas de plástico.
- 6- Sofocación y sepultamiento. Estos mecanismos están más ligados a mecanismos homicidas, típicamente infanticidas. En la literatura científica hay casos que se consideraron previamente como muertes producto del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante en una familia y que posteriormente se demostró fue homicidio múltiple por sofocación.

Entre las circunstancias indicativas de la posibilidad de una sofocación intencional se encuentran:

- Cianosis recurrente o apnea previos, mientras el niño es cuidado por la misma persona.
- Edad a la muerte mayor de 6 meses.
- Muertes previas inesperadas o inexplicadas de uno o más hermanos.
- Muerte simultánea o casi simultánea de gemelos.
- Muerte previa de lactantes bajo la asistencia de la misma persona no familiar.
- Descubrimiento de sangre en la nariz o la boca del lactante en asociación a episodio aparentemente letal. <sup>(10)</sup>

7- Electrocución. Sucede cuando los niños introducen los dedos en los enchufes, también cuando manipulan cables mal aislados dan lugar a numerosos accidentes. El mecanismo de asfixia se produce por la tetanización de los músculos respiratorios.

8- Cuerpos extraños en vías respiratorias. Pueden conducir al espasmo respiratorio o de glotis. La intervención para la extracción entraña también sus riesgos.

## MUERTE POR ARMA BLANCA

Más frecuentemente homicida que accidental, al menos en sus formas más graves. Secciones típicas como el degüello o secciones en la muñeca o el codo se corresponden con muertes intencionales o bien homicidas del niño.

## MUERTE POR ARMA DE FUEGO.

Frecuentemente accidentales en relación con la caza o el juego, cuando el niño recoge el arma del padre que a veces la usa familiarmente o por estar en relación con sus actividades profesionales.

## CONTUSIONES

Son traumatismos producidos por objetos romos, es decir cuerpos que no tiene filo.

Tipos de contusiones:

Excoriación: es una lesión superficial de la piel, comúnmente producida por fricción del agente. Se localiza con mayor frecuencia en áreas descubiertas y en especial, salientes óseas <sup>(1)</sup>

Equimosis: consiste en una hemorragia de los tejidos subcutáneos, que se transparenta con una mancha en la piel. En los labios es común la equimosis, a veces con herida en la superficie interna. La ruptura del frenillo sugiere bofetada. En los miembros, las equimosis a menudo bilaterales, parecen a la forma de asir al niño por parte del agresor. <sup>(1)</sup>

Mordedura: es un traumatismo producido por los dientes. Actúan por presión y tracción. En algunos casos se presenta la succión. Las mordeduras suelen ser características de la agresión por parte de la madre. Los sitios favoritos son mejillas, hombros, nalgas y tórax. En manos y antebrazos pueden ser ocasionados por el mismo niño para evitar gritar al ser golpeado. <sup>(1)</sup> Consiste en pequeñas equimosis, excoriaciones y hasta heridas contusas, dispuestas en dos líneas curvas opuestas por su concavidad. <sup>(1)</sup>

Caídas, precipitaciones y accidentes de tránsito. Las caídas desde lugares de poca altura como mesas o camas son frecuentes. Al menos 1 de cada 2 niños sufre una caída de consideración en el primer año de su vida, solo el 3% de ellas requieren atención médica, no ocurre así con las precipitaciones, frecuentemente sufren defenestraciones, siempre muy graves y a menudo mortales.

En otros casos las lesiones en vísceras pueden ser la causa de la muerte. Se destacan entre estas las laceraciones de hígado, intestinos o mesenterio provocadas por golpes sobre la pared anterior del abdomen. <sup>(1)</sup>

## SINDROME DEL NIÑO SACUDIDO

(SHAKEN BABY SYNDROME)

La ausencia de trauma externo en este síndrome puede hacer pasar desapercibido su origen violento. Fue descrito por Caffey en 1972. El mecanismo

causal se produce cuando un adulto sujeta al niño por el cuerpo, balanceándolo seguidamente con fuerza y violencia de atrás adelante. <sup>(10)</sup>

La cabeza experimenta movimientos de aceleración/desaceleración, con rupturas vasculares. Consecuentemente en los niños pequeños se producen hematomas subdurales o subaracnoideos, particularmente en la cisura interhemisférica posterior. <sup>(10)</sup>

Existe la posibilidad de lesiones periósticas provocadas por la tracción ejercida en las extremidades. <sup>(19)</sup>

#### ESTUDIO RADIOLOGICO POST-MORTEM.

Los estudios radiológicos del esqueleto antes de la autopsia, según el protocolo establecido por Belanger, pueden revelar tanto anomalías esqueléticas indicativas de enfermedad, como pruebas de traumatismos esqueléticos de causa violenta. <sup>(6)</sup>

La radiología es de importancia fundamental para visualizar el trauma óseo, sea éste reciente o antiguo: fracturas recientes, callos de fractura antigua, consolidación defectuosa y hematomas subperiósticos. <sup>(1)</sup>

Fracturas en diversos estadios evolutivos o discordantes con la historia clínica, especialmente cuando se asocia a lesiones extra esqueléticas son especialmente sospechosas. <sup>(6)</sup>

En un niño con fracturas es fundamental identificar las inconsistencias durante el interrogatorio, registrar la edad del paciente, la localización y el tipo de fractura. Si es posible, se debe describir el mecanismo de la fractura y confrontarlo con la información de los cuidadores. <sup>(6)</sup>

Se ha encontrado asociación entre las fracturas en niños y lesiones en piel en 70% de los casos, las cuales por lo general no pueden ser explicadas satisfactoriamente. Además, se asocian a multiplicidad de lesiones en varias

regiones anatómicas, de diferente intensidad, que han sido provocadas por más de un mecanismo lesivo. <sup>(6)</sup>

En el examen óseo y articular se debe determinar la presencia de callo óseo en diferentes estados de evolución, lo cual debe complementarse con las imágenes diagnósticas correspondientes. La mayor cantidad de fracturas asociadas con maltrato infantil ocurre en menores de tres años. De estas 50% ocurren en menores de un año y 78% del total de fracturas no accidentales se presentan en menores de tres años. Las fracturas accidentales, por el contrario, son raras en esta edad. <sup>(6)</sup>

Las fracturas consideradas con un alto grado de especificidad para diagnóstico de maltrato infantil son:

- Fracturas metafisarias
- Fracturas costales
- Fracturas de escápula
- Fracturas del tercio externo de la clavícula
- Fracturas de vértebras o subluxación
- Lesiones en dedos en niños no caminadores
- Fracturas en diferentes estados de consolidación
- Fracturas bilaterales
- Fracturas de cráneo complejas
- Fracturas repetidas

#### LESIONES RADIOLOGICAS EN CRANEO

Los tipos de fracturas pueden ser: lineal de bordes nítidos, estrellado, con hundimiento y diastásica; esta última indicativa, casi siempre, de complicación intracraneal. Su multiplicidad, bilateralidad o cruce de suturas debe hacer sospechar maltrato. La presencia de fracturas, asociada a hemorragias

retinianas, lesiones cutáneo-mucosas y /u otras fracturas, signos de abandono y discordancia con la historia clínica, se considera diagnóstico de maltrato.

#### LESIONES RADIOLOGICAS DE TORAX

En las costillas son frecuentes las fracturas del arco posterior que siguen una línea recta y que se deben a la compresión del tórax por manos abiertas en dirección latero-lateral. siendo aconsejables las proyecciones oblicuas. <sup>(1)</sup>

#### LESIONES RADIOLOGICAS DE COLUMNA

El aplastamiento vertebral en forma de cuña es un hallazgo característico, originado en la hiperflexion-hiperextensión forzada. Un golpe directo produce fracturas, a veces, con luxación y lesión medular.

#### LESIONES RADIOLOGICAS DE EXTREMIDADES

Se consideran lesiones esqueléticas de gran especificidad aquellas que aparecen en la región epifiso-metafisaria en forma de luxación, arrancamiento o desplazamiento epifisario, o adoptan las típicas formas de fracturas metafisarias en «asa de cubeta» o en «esquina metafisaria» y que no son más que imágenes distintas provocadas por la variación en la proyección radiológica de las fracturas.

Los huesos más afectados son el húmero, el fémur y la tibia.

Es bien conocido que las fracturas diafisiarias en espiral u oblicuas largas, así como las fracturas conminutas se deben a traumas torsionales o a traumas de alta energía. La existencia de estas fracturas aumenta la sospecha de maltrato infantil. Sin embargo, las fracturas diafisiarias en pacientes menores de tres años y las fracturas de fémur en menores de un año se asocian siempre con maltrato.

Las fracturas en caña de bambú o fracturas en torus pueden ocurrir al poner al niño contra una superficie aplicando fuerzas compresivas sobre el hueso. La fractura se presenta en la parte más inmadura del hueso metafisiario. Estas



fracturas en ojal o en esquina son de difícil diagnóstico, por lo cual es necesario solicitar las dos proyecciones radiológicas.

En la fase de consolidación, dependiendo de la hemorragia subperióstica, la consolidación se acompaña de la formación de nuevo hueso subperióstico. La reparación puede variar desde un adelgazamiento de la cortical, dependiendo de la gravedad del trauma y el tiempo de consolidación de la fractura hasta una reacción perióstica, la cual es otro tipo de patrón de fracturas observado en niños maltratados. Este tipo de fracturas es frecuente encontrarlo en niños con síndrome de niño zarandeado, principalmente si se asocia con hallazgos neurológicos.

En el síndrome del niño sacudido se pueden producir levantamientos periósticos secundarios a las agresiones sufridas por el sensible esqueleto de los niños, y que sirven para detectar el momento de la agresión. Dichos levantamientos periósticos son visibles a partir de los 7-10 días después del maltrato.

## MARCO LEGAL REGULATORIO DEL MALTRATO INFANTIL

El artículo 32 de la Constitución de la República de El Salvador “reconoce el derecho que toda niña, niño y adolescente, tiene a vivir en condiciones familiares y ambientales que le permitan su desarrollo integral, para lo cual tendrá la protección del Estado” y que este creara las bases legales para cumplir con esta premisa <sup>(19)</sup>.

El Salvador forma parte de organismos internacionales que han firmado y ratificado convenios que han valorado la importancia de consignar derechos inherentes a la niñez. El Salvador ratificó en 2010, La Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia (LEPINA), que conceptualiza y penaliza diferentes

condiciones de riesgo a los que está expuesta la niñez, pero son los artículos 37, 38 y 39 donde se especifica al maltrato infantil. <sup>(20)</sup>

El Artículo 37 establece “Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a que se respete su integridad personal, la cual comprende la integridad física, psicológica, cultural, moral, emocional y sexual. En consecuencia, no podrán someterse a ninguna modalidad de violencia, tales como el abuso, explotación, maltrato, tortura, penas o tratos inhumanos, crueles y degradantes”. <sup>(20)</sup>

Artículo 38: “Se entiende por maltrato, toda acción u omisión que provoque o pueda provocar dolor, sufrimiento o daño a la integridad o salud física, psicológica, moral o sexual de una niña, niño o adolescente, por parte de cualquier persona, incluidos sus padres, madres u otros parientes, educadores y personas a cargo de su cuidado, cualesquiera que sean los medios utilizados. <sup>(20)</sup>

Se considera asimismo como maltrato el descuido en el cumplimiento de las obligaciones relativas a la prestación de alimentación nutritiva y balanceada, atención médica, educación o cuidados diarios y la utilización de las niñas, niños y adolescentes en la mendicidad.” <sup>(20)</sup>

En lo relativo al Artículo 39, que hace referencia a la protección frente a la tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes, en el cual ninguna niña, niño o adolescente puede ser sometido a dichas prácticas, y es el Estado el garante de la existencia de programas de prevención y atención a las niñas, niños y adolescentes víctimas de dichos delitos.

## **MATERIALES Y MÉTODOS.**

**TIPO DE DISEÑO:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. La relación entre maltrato infantil y los hallazgos de las autopsias revisadas se estableció por la presencia de las lesiones descritas en las variables del estudio.

### **POBLACIÓN DEL ESTUDIO:**

- a) Población Diana: Todos los niños y niñas menores de 5 años fallecidos en El Salvador.
- b) Población de estudio: Todos los niños y niñas menores de 5 años fallecidos en el periodo de estudio, a quienes se les realizó la autopsia médico-legal dentro del instituto de Medicina Legal, Región Metropolitana.
- c) Muestra: Se estudió el universo total de la población, incluyendo el 100% de autopsias que se realizaron en el periodo de estudio, que fueron un total de 55 autopsias.

### **TIEMPO DE ESTUDIO:**

Durante el periodo del 1 de junio de 2017 hasta el 30 de junio de 2018. Un total de 13 meses.

### **DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN**

#### **Criterios de Inclusión:**

- 1) Autopsias realizadas a niños y niñas, de entre 0 a 5 años de edad.
- 2) Autopsias realizadas entre junio de 2017 y junio de 2018.
- 3) Autopsias realizadas en el Instituto de Medicina Legal “Dr. Roberto Masferrer”, Región Metropolitana.

#### **Criterios de Exclusión:**

- 1) Autopsias de niñas y niños que hayan sido realizadas en otra sede del Instituto de Medicina Legal “Dr. Roberto Masferrer”.

- 2) Autopsias realizadas fuera del rango de edad del estudio.
- 3) Autopsias médico-legales que no se encuentre en el periodo de estudio.

#### PROCEDENCIA DE LOS SUJETOS:

Se realizó una revisión del libro de Control de Autopsia del Departamento de Patología Forense, se identificaron los números correlativos de las autopsias médico-legales de niñas y niños de entre 0 a 5 años de edad, realizadas en el periodo del 1 junio de 2017 al 30 de junio de 2018, en el Instituto de Medicina Legal “Dr. Roberto Masferrer”, Región Metropolitana.

#### MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó al Departamento de Documentación Forense del Instituto de Medicina Legal, Región Metropolitana, los protocolos de levantamiento de cadáver, los informes finales de autopsia y archivos fotográficos, que en conjunto se utilizaron para obtener información de las variables en estudio y ser posteriormente recabadas en un Formulario de Recolección de Datos.

Las variables que se consideraron para ser analizadas son aquellas que más frecuentemente se asocian y/o indican abuso infantil en sus diferentes modalidades: grupo social, hallazgos físicos externos e internos, hallazgos genitales y malformaciones congénitas.

## VARIABLES

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Fuente</b>	<b>Tipo de Variable// Indicador</b>
Edad	Años de vida desde el nacimiento hasta el momento de la autopsia.	Protocolo de Levantamiento de cadáver. Informe de autopsia.	Cuantitativa De 0 a 5 años
Sexo	Características físicas y /o anatómicas de los genitales externos.	Protocolo de Levantamiento de cadáver. Informe de autopsia.	Cualitativa, -Mujer / - Hombre
Hallazgos físicos de maltrato infantil.	Signos físicos externos e internos indicadores de maltrato infantil.	Protocolo de Levantamiento. Informe de autopsia. Fotografías digitales.	Cualitativas.  Recientes y/o Antiguas.  Multiplicidad de lesiones: Si/No  Localización anatómica
Equimosis	Cambio de coloración en la piel por la extravasación e infiltración sanguínea en forma	Protocolo de Levantamiento. Informe de autopsia. Fotografías digitales	Si/No.

	laminar de los tejidos.		
Estigmas ungüeaes	Excoriaciones superficiales producidas por los bordes de las uñas por un mecanismo de presión.	Protocolo de Levantamiento. Informe de autopsia. Fotografías digitales.	Si/No
Mordeduras	Lesiones contusas producidas por la dentadura de seres vivos.	Protocolo de Levantamiento. Informe de autopsia. Fotografías digitales.	Si/No
Quemaduras	Traumatismos por acción de la llama, calor radiante, líquidos o vapores a elevadas temperaturas.	Protocolo de Levantamiento. Informe de autopsia. Fotografías digitales	Si/No.
Laceraciones orales	Excoriación o ruptura de la mucosa oral.	Protocolo de Levantamiento. Informe de autopsia. Fotografías digitales.	Si/No.

Laceración visceral	Ruptura de vísceras contenidas en una cavidad.	Protocolo de Levantamiento. Informe de autopsia. Fotografías digitales	Si/No.
Colección sanguínea	Acumulo de sangre en el tejido celular subcutáneo o cavidades corporales.	Protocolo de Levantamiento. Informe de autopsia. Fotografías digitales	Si/No
Fracturas	Solución de continuidad del tejido óseo.	Protocolo de Levantamiento. Informe de autopsia. Fotografías digitales	Si/No.
Lesiones Genitales	Lesiones producto de trauma a nivel genital y anal.	Protocolo de Levantamiento. Informe de autopsia. Fotografías digitales	Si/No.
Estado nutricional previo.	Características anatómicas de un individuo en relación a los parámetros de	Levantamiento de cadáver. Informe de autopsia. Fotografías digitales.	Variable dicotómica

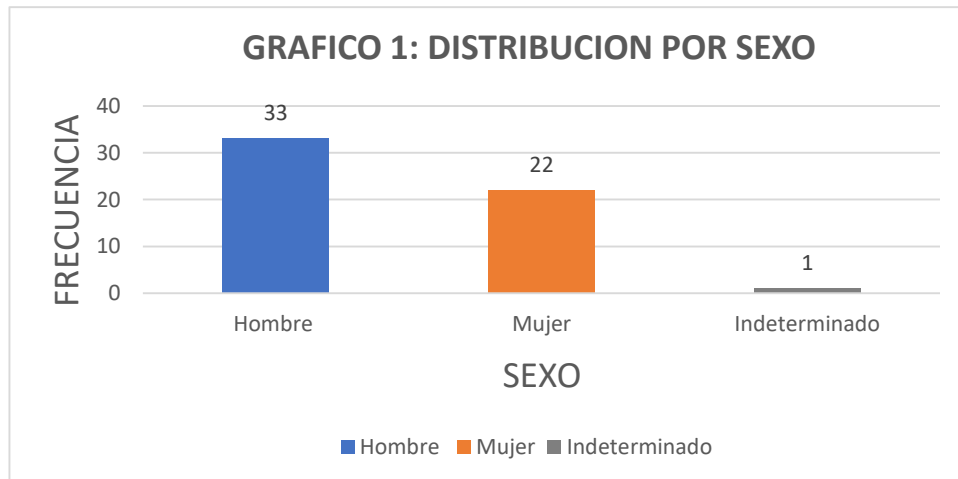
	nutrición considerados normales.		-Edad y talla para la edad.  Uso de tablas de percentiles.  Desnutrición:  1- Leve 2- Moderad a 3- Severa
Malformacione s congénitas.	Alteraciones anatómicas que ocurren en la etapa intrauterina y se manifiestan con deformidades físicas.	Levantamiento de cadáver.  Informe de autopsia.  Fotografías digitales.	Cualitativa.  Si  No

Las variables recolectadas fueron descargadas dentro de una base de datos creada en el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS®), de la empresa International Business Machines Corporation (IBM), de Microsoft para su procesamiento y posterior presentación en tablas de frecuencia y gráficos de porcentaje.

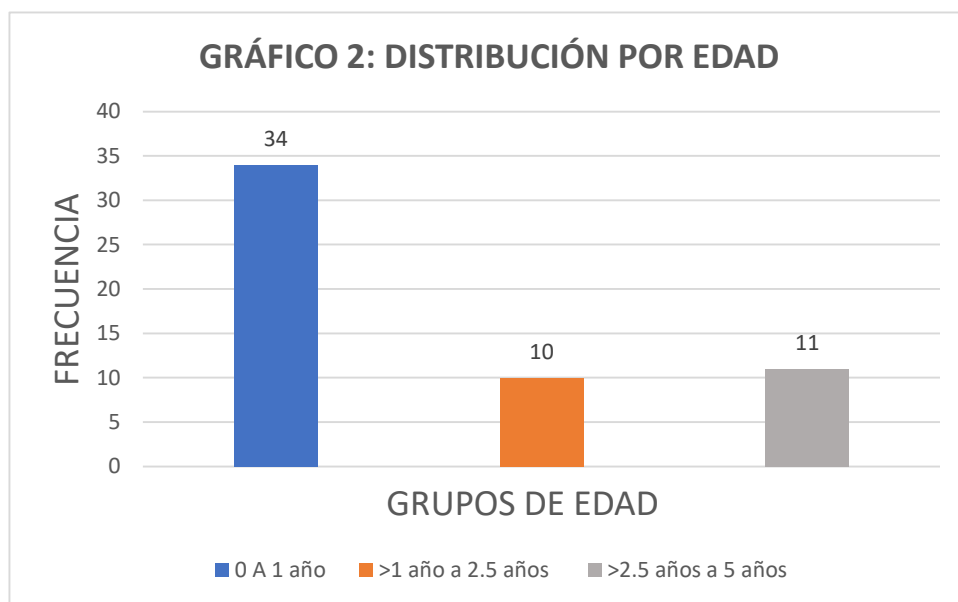


## RESULTADOS

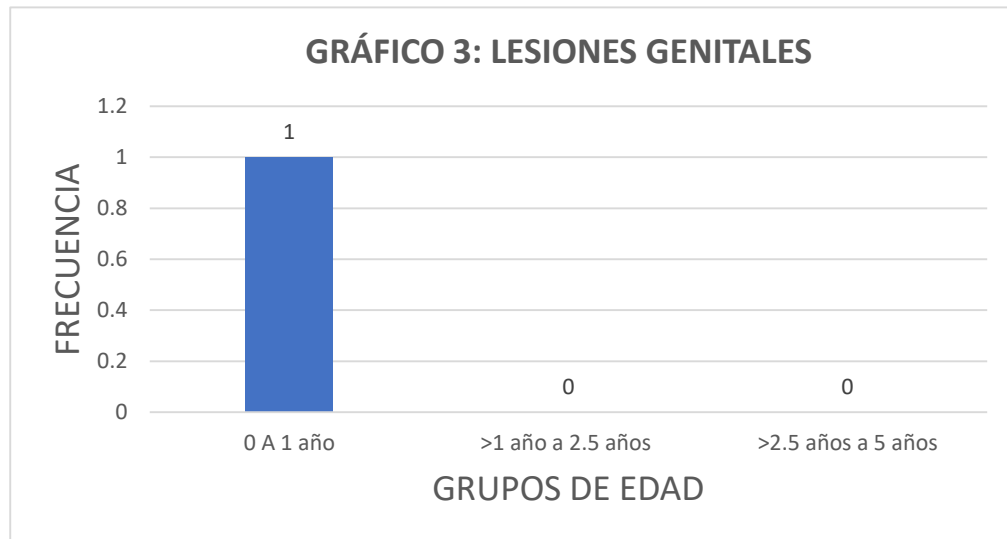
Posterior a la recolección y tabulación de los datos obtenidos del Departamento de Patología Forense del Instituto de Medicina Legal, Región Metropolitana de un total de 55 autopsias, se obtuvieron los siguientes datos:



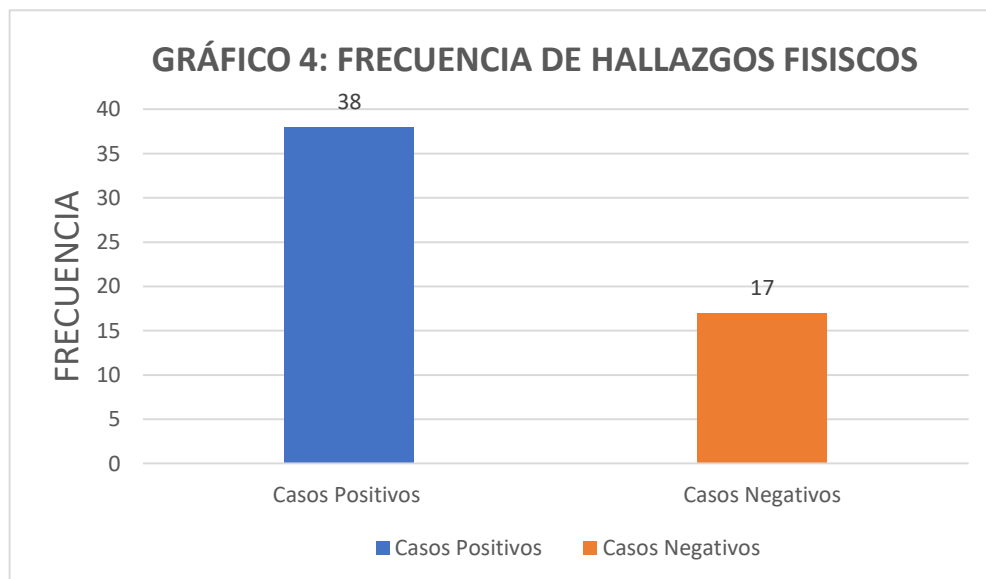
De un total de 55 autopsias realizadas, 32 fueron del sexo hombre, 22 del sexo mujer y 1 indeterminado.



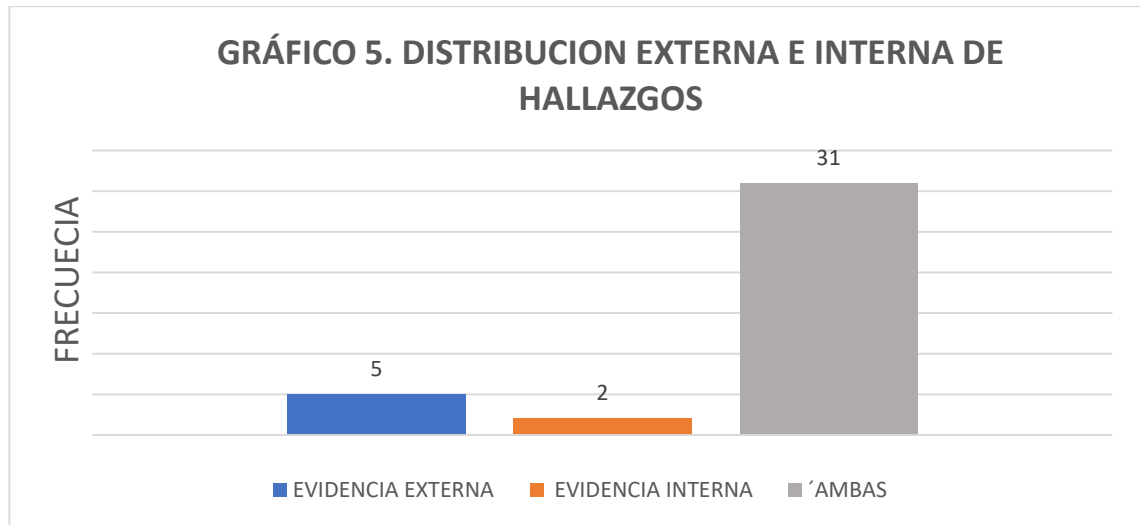
Se identificaron tres grupos de edad comprendidos en los rangos: de cero a un año: 34 autopsias; mayor de uno a dos años y seis meses: 10 autopsias; mayor de dos y medio a cinco años: 11 autopsias. Siendo el primer grupo el de mayor frecuencia.



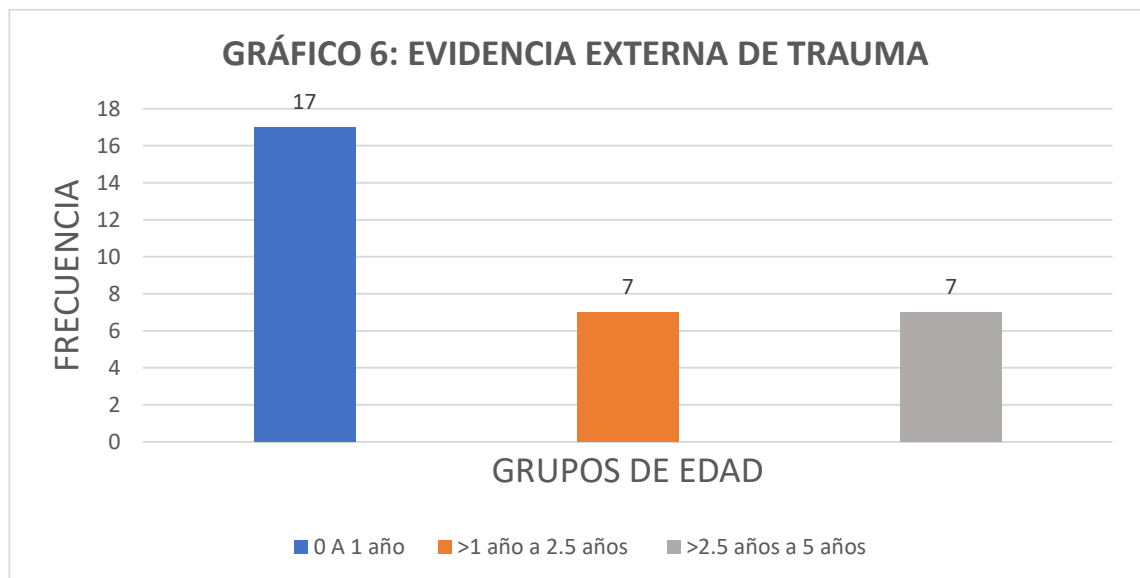
Del total de autopsias 1 fue positiva a hallazgos de lesiones genitales y se identifico en el grupo de 0 a 1 año de edad.



De las 55 autopsias, 38 fueron positivas a hallazgos físicos tanto externos como internos y 17 casos fueron negativos.

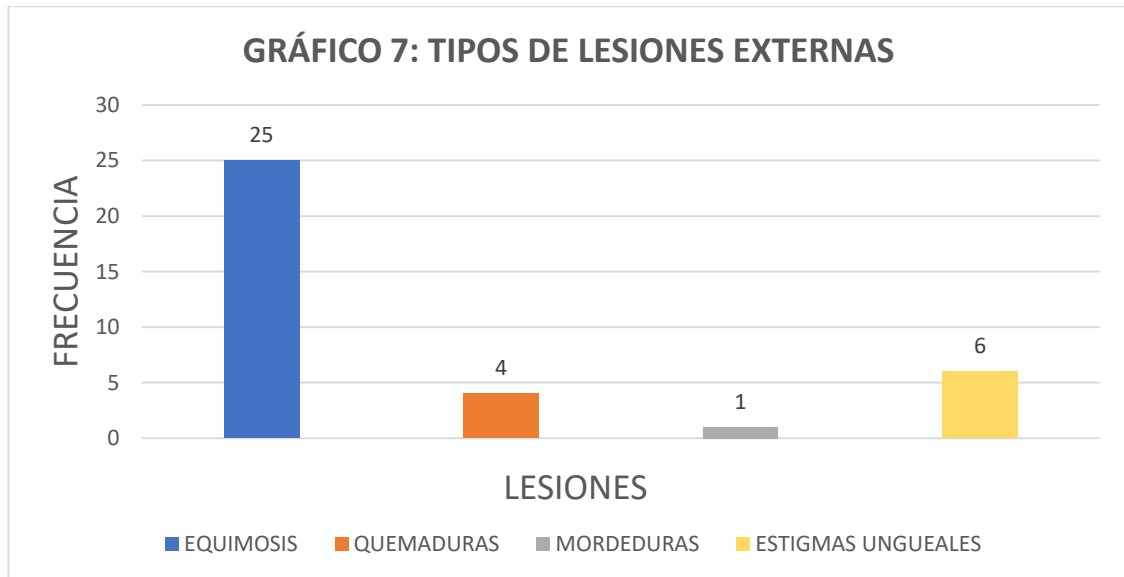


De los casos positivos, en 31 se encontraron tanto lesiones externas como internas, en 5 de ellos solo externas y en menor frecuencia de 2 casos solo lesiones internas.

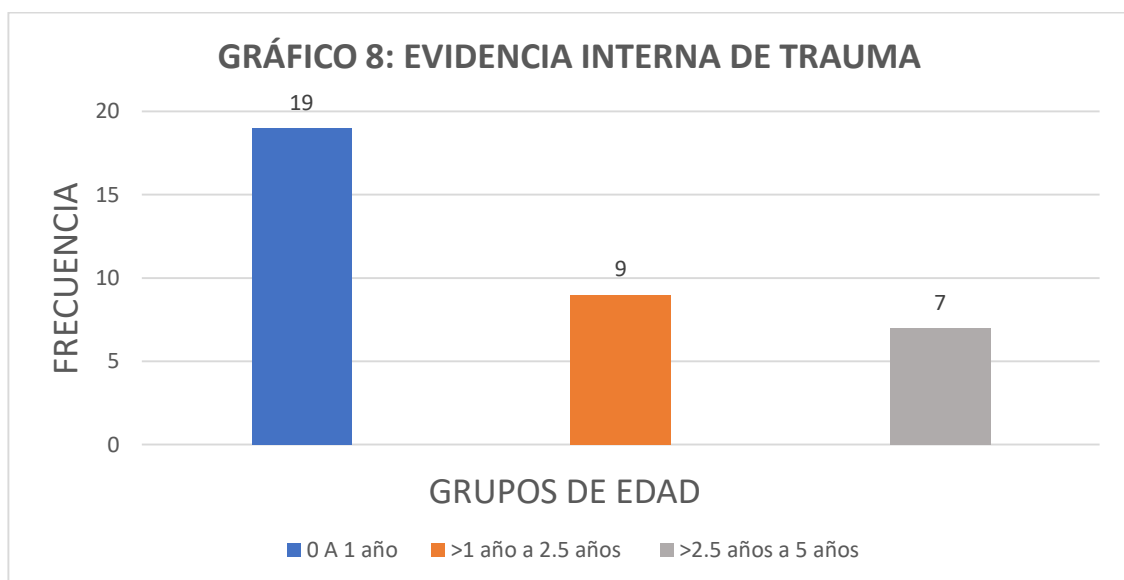


La mayor frecuencia de hallazgos de evidencia externa de trauma se encontró en el grupo de edad de 0 a 1 año con 17 casos, seguido de similar frecuencia de

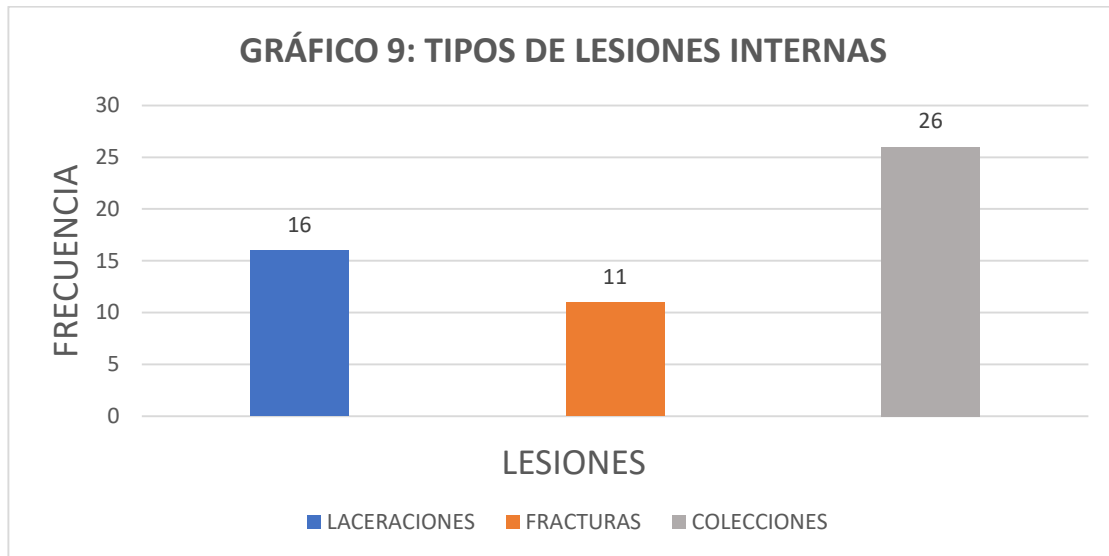
7 autopsias tanto el grupo correspondiente a los mayores de 1 a 2 años 6 meses y de los mayores de 2 años y 6 meses a 5 años.



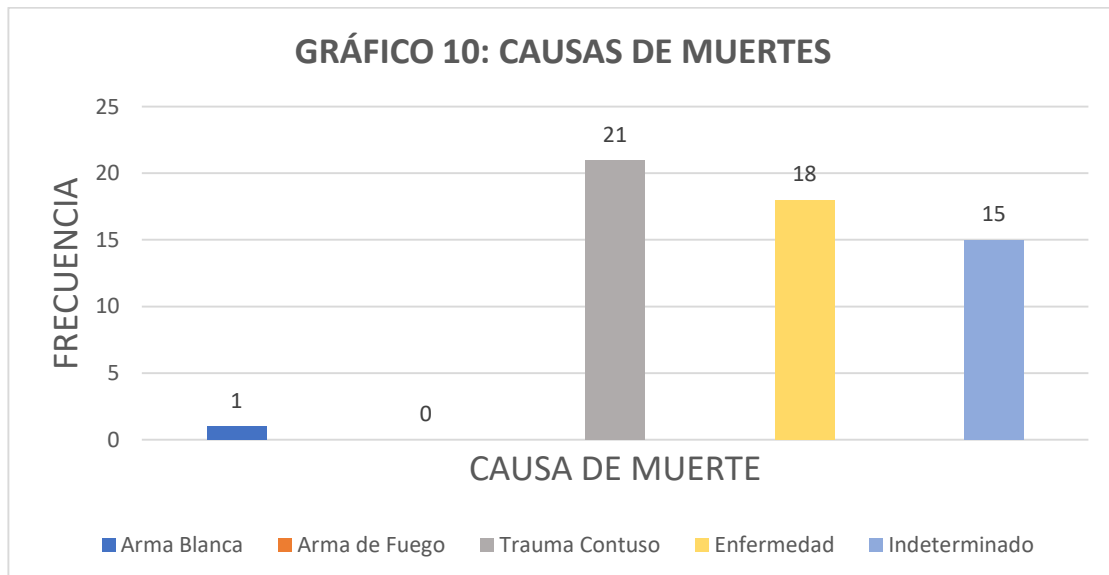
Del total de casos, la lesión externa más frecuentemente encontrada fue la equimosis con un 45%, seguido de los estigmas ungüeaes con un 10%, quemadura correspondiente al 7.2% y la menos frecuente, la mordedura con un 1,8%.

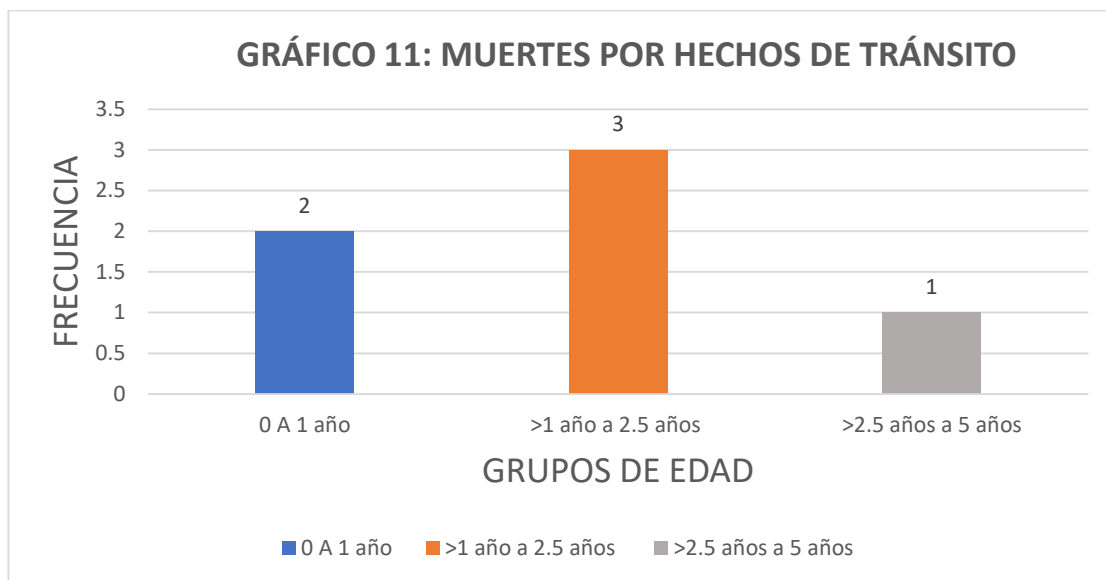


El grupo poblacional con mayor frecuencia de lesiones interna de trauma fue de 19 casos correspondiente al grupo de cero a un año, seguido de el de mayor de un año a dos años y medio con 9 casos, y el menor con 7 casos en el grupo de los mayores de dos años y medio a cinco años.

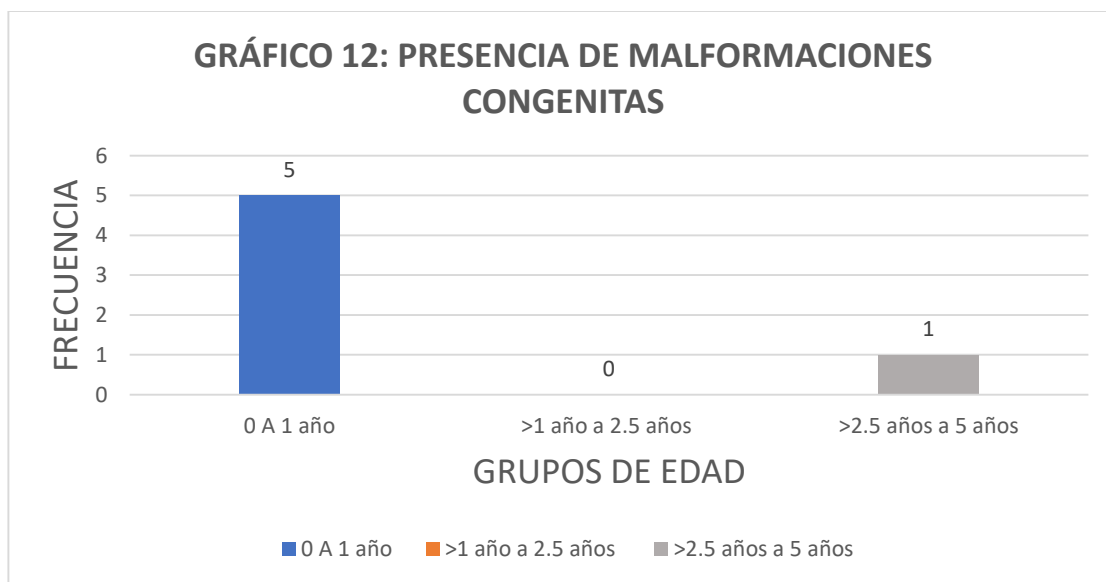


Del total de casos, la lesión externa más frecuentemente encontrada fueron las colecciones con un 47 %, seguido de las laceraciones con un 29 %, siendo la menos frecuente, las fracturas con un 20 %.





El grupo de 0 a 1 año presento 2 casos, seguido del grupo de mayores de 1 a 2.5 años con 3 casos y en menor frecuencia el de mayores de 2.5 a 5 años con 1 caso.



Del total del universo de autopsias realizadas, en 6 se encontró la coexistencia de malformaciones congénitas, ubicándose la mayor frecuencia en el grupo de 0 a 1 año de edad y solamente 1 en el grupo de mayores de 2.5 a 5 años de edad.

## CONCLUSIONES

Los hallazgos obtenidos de la revisión de las autopsias realizadas en el departamento de Patología Forense, fueron:

- 1- De las 55 autopsias de niños y niñas revisadas, solamente el 1.8% presento lesiones genitales al momento del procedimiento, de ese caso positivo, las lesiones encontradas fueron laceraciones y desgarros; sin embargo, la ausencia de lesiones en el resto de los casos, no excluye la posible ocurrencia de abuso sexual bajo otras modalidades que no conlleven penetración.
- 2- Del total de casos estudiados, 17 fueron negativos a hallazgos físicos. En los 38 casos positivos se evidencio que la concomitancia de lesiones externas e internas fue la presentación más frecuente con 31 casos. Respecto al tipo de lesión externa, la más frecuente fue la equimosis con un 45%, seguido de estigmas ungüeeales 10%, quemaduras 7.2% y la de menor frecuencia mordeduras con un 1.8%. en cuanto a las lesiones internas en orden descendente de frecuencia se obtuvo que, las colecciones fueron las más frecuentes con un 47%, laceraciones 29% y las de menor frecuencia fueron las fracturas con un 20%.
- 3- Respecto a las causas de muerte, del total de fallecimientos de tipo violentos, los producidos por traumatismos de tipo contuso fueron los más frecuentes con un 37.8%, seguido por un 1.8% producido con arma blanca, en el que se reportó multiplicidad de dichas lesiones. No se encontró evidencia de lesiones producidas por arma de fuego en ninguno de los casos. En el resto de individuos las muertes fueron producidas por diversas enfermedades.

- 4- Del total de muertes producidas por traumatismos de tipo contuso 6 fueron provocadas por hechos de tránsito, siendo el grupo etario más afectado el de los mayores de 1 a 2.5 años con 3 casos, seguido por el grupo de 0 a 1 año con 2 casos y la menor ocurrencia se encontró en el grupo de mayores de 2.5 a 5 años con 1 caso
- 5- Del universo de autopsias estudiadas, se identificaron 6 casos que se presentaban malformaciones congénitas y de estos 2 tuvieron como causa de muerte los traumatismos contusos y no se relacionaban con hechos de tránsito. Así mismo el grupo mas con mayor coexistencia de malformaciones congénitas fue el de 0 a 1 año de edad con 5 casos.
- 6- En cuanto a los hallazgos físicos compatibles con desnutrición, tal como el peso, no fue posible realizar su búsqueda, debido a la falta de instrumentos de evaluación (bascula de peso) para recabar dicha información; tampoco fue posible analizar las tallas, pues no se encontraba consignada en la totalidad de los reportes de las autopsias revisados.

Más de la mitad de los casos estudiados presentaron evidencia física de trauma, y fue el grupo etario de menor edad el más afectado en los diversos tipos de lesiones, dicha relación se explica al considerar la indefensión en la que se encuentran los niños y niñas de este grupo, por ser el extremo inicial de la vida y de su absoluta dependencia respecto al cuidado y protección de parte de sus cuidadores.

Debe considerarse que los hallazgos físicos incluso aislados, que no pueden explicarse por un mecanismo coherente o lógico de ocurrencia, suelen ser indicios inequívocos de un maltrato infantil subyacente, en cualquiera de sus presentaciones.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Vargas Alvarado E. Medicina Legal. Cuarta Edición. México DF. Editorial Trillas. 2012.
2. Loredó AA. Maltrato al Menor. segunda Edición. México DF. Mc Graw-Hill. 1994.
3. Monterola MA. La prevención del Maltrato a los Menores en Mexico. En: El Maltrato a los Niños y Sus Repercusiones Educativas. Memorias del Segundo Simposio Interdisciplinario e Internacional. Mexico DF: Federacion Iberoamericana Contra El Maltrato Infantil. 1992; 11 73- 184.
4. Fortuna V. En Defensa del Niño Maltratado. Mexico DF. Editorial Pax. 1979.
5. Castro D, Criusculo E. Síndrome del niño maltratado. IntraMed Journal. Volumen 3, numero. Merida. Fecha de consulta 28 de enero 2017. Disponible en: [http://journal.intramed.net/index.php/Intramed\\_Journal/article/viewFile/280/120](http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/viewFile/280/120)
6. Lago Barney, G., Vidales Posada, A., Rojas Guerrero, G., & Montúfar Neira, M. (2006). Síndrome de maltrato infantil. Programa de Educación Continua en Pediatría, V(2), 32-53. Disponible en: [https://scp.com.co/precop-old/precop\\_files/modulo\\_5\\_vin\\_2/3253%20Síndrome%20Maltrato%20Inf.pdf](https://scp.com.co/precop-old/precop_files/modulo_5_vin_2/3253%20Síndrome%20Maltrato%20Inf.pdf)
7. Maher P. El Abuso Contra los Niños. La Perspectiva de los Educadores. Mexico, DF. Grijalbo. 1990.
8. Kempe HC. Pediatrics Implications of the Battered Baby Syndrome. Arch Dis Child. 1971;46 28-37

9. Osorio CA. El Niño Maltratado. Segunda Edición. Mexico DF. Editorial Trillas. 1995.
10. I. Gómez de Terreros, J. M. (2003). Abuso infantil con resultado de muerte y síndrome de muerte súbita del lactante (Segunda ed.). Madrid: Grupo de Trabajo para el Estudio y Prevención de la Muerte Súbita Infantil de la Asociación Española de Pediatría. Disponible en: <http://www.fcs.uner.edu.ar/libros/archivos/ebooks/Pediatrica/MuerteSubitaLActante/15.pdf>
11. Kempe HC. Silverman NF. Steele BF. Droegmueller W. Silver HK. Battered-Child Syndrome. Editorial Jama. 1962. 81:1 05-112.
12. Wolte D. Programa de Conducción de Niños Maltratados. México DF: Editorial Trillas. 1991.
13. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: septiembre de 2016: Última consulta Octubre de 2016: Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
14. Baneto PL. Suarez OE. Maltrato de Niños y Adolescentes Una Perspectiva Internacional. Editorial Bol. Oficina Sanit Panama. 1996; 21.1 23 – 1 37.
15. Loredó AA. Oldak SD. Carbajal RL. Reynes MJ. Algoritmo del Niño Maltratado a su Ingreso a un Centro Hospitalario Pediátrico. Editorial Bol. Med Hospital Infant. Mexico DF. 1990 47:91-95
16. Foncenada Moreno M. El niño Víctima de Maltrato. Rev. Med Instituto Mexicano del Seguro Social. 1982;20 457-496.
17. United Nations Children's Fund, Hidden in Plain Sight: A statistical analysis of violence against children, UNICEF, New York, 2014. Última consulta enero de 2017: Disponible en:

[http://files.unicef.org/publications/files/Hidden\\_in\\_plain\\_sight\\_statistical\\_analysis\\_EN\\_3\\_Sept\\_2014.pdf](http://files.unicef.org/publications/files/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_EN_3_Sept_2014.pdf)

18. Ramirez R. et al: Informe de la Situación de la Niñez y Adolescencia en El Salvador: edición San Salvador 2012: Impresos Multiples SA de CV: Consultado: enero de 2017: Disponible en [https://www.unicef.org/elsalvador/Informe\\_de\\_situacion\\_de\\_la\\_NNA\\_en\\_El\\_Salvador.pdf](https://www.unicef.org/elsalvador/Informe_de_situacion_de_la_NNA_en_El_Salvador.pdf)

19. Constitución Política de la república de El Salvador. Asamblea legislativa de El Salvador. Última actualización noviembre de 2014. Disponible en: <http://www.asamblea.gob.sv/eparlamento/indice-legislativo/buscador-de-documentos-legislativos/constitucion-de-la-republica>

20. Consejo Nacional de la Judicatura [Internet]:Ley de Protección Integral para la Niñez y Adolescencia; San Salvador Marzo de 2009;Última vez consultado; enero 2017; Disponible en: <http://www.cnj.gob.sv/index.php/recursos/publicaciones-cnj/249-ley-de-proteccion-integral-de-la-ninez-y-adolescencia-comentada-de-el-salvador-libro-primer>

21. Calabuig G. Villanueva E. Medicina Forense y toxicología. Sexta Edición. Elsevier Masson. 2004.

22. Guerrero M, Delgado F. Clasificación actual del síndrome del niño maltratado. Rev Hosp Jua Mex 2012; 79(1): 43-47